



INFORME DE CAMBIO
State Form 46777 (R6 / 8-05) / FI 2420S
Formulario del Estado

Nombre del caso	Número del caso
Número de ID del Trabajador del Caso	Número telefónico ()

INFORMACION IMPORTANTE

Esta agencia estatal le solicita su Número de Seguro Social de acuerdo con 45 CFR 205.52, 7 CFR 273.6 y 42 CFR 435.910.
La información obtenida en esta solicitud es confidencial bajo las disposiciones estatales y federales, incluyendo: 470 IAC 1-2-7, 470 IAC 1-3-1, 470 IAC 6-1-1, 405 IAC 1-1-12, 45 CFR 205.50, 7 CFR 272.1 (c) y 42 CFR 431.300. Esta información no será dada a conocer excepto como lo permita o requiera la ley o con el consentimiento del solicitante / beneficiario.

TODOS LOS CAMBIOS DEBERÁN SER NOTIFICADOS DENTRO DE LOS 10 DÍAS

1. CAMBIO DE DIRECCIÓN

Nueva dirección (número y calle, ciudad, estado y código postal)

Fecha en que se mudó:	Número telefónico ()	Monto del alquiler: \$	¿Cuándo le pagan? <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Otro
-----------------------	-------------------------------	---------------------------	---

Por favor marque los servicios que USTED paga y NO están incluidos en su alquiler:

Electricidad Gas Agua Cloacas Teléfono Otros _____

La siguiente persona / agencia me asiste con mi alquiler:	Monto de la asistencia: \$
---	-------------------------------

La siguiente persona / agencia me asiste con mis servicios:	Monto de la asistencia: \$
---	-------------------------------

2. CAMBIO DE COMPOSICIÓN EN SU GRUPO FAMILIAR (cambio de miembros de su hogar)

Nombre de la Persona	Entró	Salió	Fecha de Nacimiento	Número Seguro Social	Fecha del Cambio

3. CAMBIO DE FUENTE O MONTO DE RENTAS DEL TRABAJO Esto incluye un nuevo empleo, aumentos y promociones.

Nombre de la persona	Clase de cambio:	Fecha del cambio:
Lugar de empleo	Fecha del inicio	Sueldo por hora
		Cantidad de horas semanales que se supone debe trabajar

4. CAMBIO DE FUENTE O MONTO DE RENTAS DE INVERSIONES

Esto incluye: manutención de los hijos, Seguro Social, SSI, desempleo, beneficios de VA, cheques de servicios, contribuciones, ayuda financiera, etc...

Nombre de la persona	Clase de cambio:	Fecha del inicio del cambio:
Nuevo monto \$	Frecuencia del monto: <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Otro _____	

5. OTROS CAMBIOS

¿Espera que los cambios que ha notificado continúen después de este mes?

Sí No

Si la respuesta es NO, por favor explicar:

--

Firma	Fecha (mes, día, año)
-------	-----------------------

Número telefónico donde se lo puede llamar: ()	Número de Seguro Social
---	-------------------------

POR FAVOR ANEXE PRUEBA DE SUS CAMBIOS, SI ES POSIBLE
Si su trabajador social no lo/la ha llamado dentro de los 10 días de haber entregado su informe, por favor póngase en contacto con él/ella.
(Véase al reverso de este formulario para mayor información)

ASISTENCIA TEMPORARIA PARA LAS FAMILIAS NECESITADAS (TANF) Y MEDICAID

USTED DEBE NOTIFICAR TODOS LOS CAMBIOS DENTRO DE LOS 10 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SE ENTERÓ DEL CAMBIO

(Usted **DEBERÁ** notificar los ejemplos abajo ilustrados)

CUPONES PARA ALIMENTOS: SE LE INFORMÓ SOBRE LOS REQUISITOS QUE SE DEBEN REPORTAR EN EL MOMENTO DE LA CERTIFICACIÓN. POR FAVOR REPÓRTESE DE ACUERDO CON LOS REQUISITOS QUE SE LE HAN EXPLICADO.

INFÓRMENOS

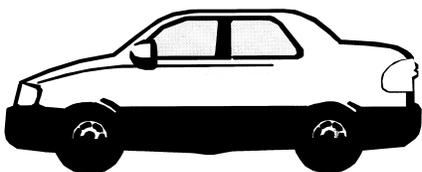


Cuando alguien se **MUDA DE** o **A** su casa; cuando alguien en su hogar se casa; tiene un bebé o muere. Cuando cambia la cantidad que Ud. paga para el sustento familiar ordenado por la corte.



Cuando el total de **EFFECTIVO**, **CUENTAS BANCARIAS** U **OTROS ACTIVOS** de cada uno en su hogar llega a \$1,000 o más para la Ayuda Temporal para las Familias Necesitadas (TANF). Con respecto a Medicaid, usted debe notificar todos los cambios de los activos.

INFÓRMENOS



Cuando alguien en su hogar compra o recibe un **AUTOMÓVIL**, **CAMIÓN**, **MOTOCICLETA** u otro **VEHÍCULO MOTORIZADO**.



Cuando **USTED** se muda.

INFÓRMENOS



Cualquier cambio en un **TRABAJO**, un incremento o reducción del salario o un cambio de **DINERO** recibido, tal como Sustento Familiar o Seguridad Social.



SI NO NOTIFICA LOS CAMBIOS, ES POSIBLE QUE TENGA QUE VOLVER A PAGAR LOS BENEFICIOS

SI USTED NO CONOCE EL NÚMERO TELEFÓNICO DE SU TRABAJADOR SOCIAL, LLAME AL: () _____